

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES  
DE INTERNAMIENTO EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DEL  
NORESTE DEL PAÍS.”**

**PS18-00022**

**Por**

**Dr. Gerardo Humberto Díaz Avilés**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**Diciembre 2021**

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES  
DE INTERNAMIENTO EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DEL  
NORESTE DEL PAÍS.”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe**  
**Director de Tesis y Coordinador de Investigación**




---

**Dr. Rolando Efraín De León Luévano**  
**Co-Director**



---

**Dr. Juan Rubén Vieyra Chacón**  
**Co-Director**



---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza**  
**Coordinador de Enseñanza**



---

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano**  
**Jefe de Departamento**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

Dedico este trabajo a mi madre Micaela por ser la persona que siempre ha estado ahí para mí, y ser quien me ha apoyado a lo largo de toda mi vida.

Agradezco a mis compañeros y amigos residentes de la Unidad de Psiquiatría, Adrián, Andrés, Carolina, Daniel, Elena, Emilio, José, Merari y Xavier, que se convirtieron en las personas más importantes durante estos cuatro años, personas en las que he podido contar en todo momento que he necesitado, tanto laboral como emocional y de quienes he aprendido demasiado, dentro y fuera de la residencia, sin duda son relaciones invaluableles que espero perduren a lo largo de mi vida.

A mi terapeuta el Dr. Sergio Loredó por ser parte de mi proceso de aprendizaje personal, darme su apoyo, contención y el acompañamiento necesario para afrontar las dificultades que implica la residencia.

A mis profesores y supervisores del Departamento de Psiquiatría que han compartido sus conocimientos conmigo y por guiarme en mi formación.

## Tabla de contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>ANTECEDENTES</b> .....	7
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	9
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	17
<b>HIPÓTESIS</b> .....	18
<b>OBJETIVOS</b> .....	19
OBJETIVO GENERAL.....	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	20
METODOLOGÍA.....	20
POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	20
FÓRMULA DE TAMAÑO DE MUESTRA.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	21
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	21
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	21
FACTORES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	21
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN .....	22
ANÁLISIS DE DATOS .....	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
<b>RESULTADOS</b> .....	25
<b>DISCUSIÓN</b> .....	34
<b>CONCLUSIONES</b> .....	38
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	40



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Género del cuidador principal.....	Página 29
Tabla 2. Perfil del cuidador principal.....	Página 29
Tabla 3. Parentesco del cuidador principal.....	Página 29
Tabla 4. Ocupación del cuidador principal.....	Página 30
Tabla 5. Religión del cuidador principal.....	Página 30
Tabla 6. Frecuencia de los diagnósticos en los pacientes.....	Página 30
Tabla 7. Sala de ingreso del paciente.....	Página 31
Tabla 8. Tipo de población del paciente.....	Página 31
Tabla 9. Prevalencia de sobrecarga del cuidador al ingreso.....	Página 31
Tabla 10. Prevalencia de sobrecarga entre las patologías.....	Página 31
Tabla 11. Grado de sobrecarga entre las patologías.....	Página 32
Tabla 12. Comparación de puntajes medios entre patologías.....	Página 32
Tabla 13. Cambio en puntaje medio de ingreso a egreso.....	Página 32
Tabla 14. Cambio en puntajes medios entre patologías.....	Página 32
Tabla 15. Duración media de internamiento y grado de sobrecarga..	Página 33
Tabla 16. Correlación de Spearman entre Zarit y Duración de internamiento.....	Página 33
Tabla 17. Correlación de Spearman entre Zarit y CGI-SI.....	Página 33
Tabla 18. Correlación de Spearman entre Zarit y CGI-GI .....	Página 33

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª

Edición

ESZ: Escala de sobrecarga de Zarit

CGI-SI: Escala de impresión clínica global de gravedad.

CGI-GI: Escala de impresión clínica global de mejoría

TDM: Trastorno de depresión mayor

TLP: Trastorno límite de la personalidad

## INTRODUCCIÓN

Aunque el termino no está claramente definido, la sobrecarga del cuidador, un concepto común en la investigación en enfermería, puede entenderse como la carga que soporta una persona que cuida a un familiar con una enfermedad crónica, una discapacidad o a un anciano. También es la forma en que los cuidadores perciben que la prestación de cuidados tiene efectos adversos en su funcionamiento emocional, social, financiero y físico (Liu et al., 2020; SH et al., 1980). Los cuidadores apoyan a los pacientes brindándoles ayuda práctica, cuidado personal, apoyo psicológico y administración de medicamentos (Rose et al., 2002). El cuidador está expuesto a factores estresantes crónicos y graves a largo plazo. Puede tener efectos negativos tanto para el cuidador como para el receptor del cuidado, entre las consecuencias de la sobrecarga del cuidador se encuentran la disminución de la prestación de cuidados, la disminución de la calidad de vida, el deterioro de la salud física y psicológica (Liu et al., 2020).

La sobrecarga del cuidador es un fenómeno común entre los cuidadores de personas con trastornos mentales. Los pacientes psiquiátricos necesitan asistencia o supervisión en sus actividades diarias, lo que a menudo genera malestar emocional en los cuidadores que luchan por lidiar con su falta de comprensión de la enfermedad mental. Esto puede generar un gran costo, ya que las familias cuestionan su capacidad para adaptarse a las necesidades específicas del paciente y lidiar con sus reacciones emocionales (Magliano et al., 2000).

## ANTECEDENTES

Estudios previos en cuidadores de pacientes con demencia demostraron que los cuidadores habituales son predominantemente la familia y que solamente el hecho de cuidar a una persona enferma es una actividad estresante (Prieto-Miranda et al., 2015). Los estudios en condiciones psiquiátricas se han centrado principalmente en la esquizofrenia (Wu et al., 2018). El bienestar psicológico del cuidador puede influir en su disposición a garantizar y controlar el comportamiento de adherencia del paciente con esquizofrenia en parte, porque uno de los factores informados para la falta de adherencia es la falta de apoyo terapéutico formal e informal. La angustia mental es más común entre los familiares cuidadores que entre los no cuidadores porque los cuidadores corren un alto riesgo de experimentar depresión clínica y ansiedad como resultado de las demandas de los pacientes (Kretchy et al., 2018). La carga del cuidador, especialmente la angustia en el cuidador, la interrupción de las rutinas y la asistencia brindada por el cuidador, es mayor en los cuidadores que viven con pacientes que entre los cuidadores que viven separados de los pacientes (Zhou et al., 2016).

También se sabe que cuidar a alguien con una enfermedad mental está asociado con un nivel de estrés más alto que cuidar a alguien con otras enfermedades médicas crónicas (Ampalam et al., 2012). Esta diferencia se hace más evidente entre los cuidadores de pacientes con enfermedades mentales graves, como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno límite de la personalidad, que frecuentemente requieren hospitalización (Alexander et al., 2016; Montgomery & Kirkpatrick, 2002). Además, la sobrecarga del cuidador influye en la pobre adherencia al



tratamiento y favorece un ciclo continuo de intensas reacciones psicológicas, hospitalizaciones y agravamiento de la sobrecarga (Hsiao et al., 2020; Kretchy et al., 2018).

Los médicos suelen evaluar la presencia y la gravedad de la sobrecarga del cuidador mediante la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ESZ), un cuestionario auto-aplicable que ha sido validado para los cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos (Flores-Terrones et al., 2018). La mayoría de los estudios transversales que evalúan la prevalencia de la sobrecarga del cuidador se han centrado en pacientes ambulatorios con trastorno de depresión mayor (TDM), se han encontrado puntuaciones medias en la escala de sobrecarga del cuidador de 41,32 (DE = 9,82) para cuidadores de pacientes con depresión (Olawale et al., 2014), 45,55 (DE = 14,03) para cuidadores de pacientes con trastorno bipolar (Erten et al., 2013), 39.7 (DE = 13,9) para cuidadores de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) (Regalado et al., 2011) y 51,73 (DE = 18,23) para cuidadores de pacientes con esquizofrenia (Shamsaei et al., 2015). Se realizó un estudio transversal entre los cuidadores familiares primarios de pacientes hospitalizados con esquizofrenia (Hsiao et al., 2020). Sin embargo, no se han publicado estudios prospectivos que midan la carga de los cuidadores sobre los pacientes con trastornos psiquiátricos durante su hospitalización.

## MARCO TEÓRICO

**Cuidador:** Es la persona del entorno de un paciente que tiene el rol de responsable del paciente en; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por y/o para el paciente, brindándoles ayuda práctica, cuidado personal, apoyo psicológico y administración de medicamentos (Liu et al., 2020; Rose et al., 2002; Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, 1980).

**Sobrecarga del cuidador:** Es la carga que soporta una persona que cuida a un familiar con una enfermedad crónica, una discapacidad o a un anciano, provocando la disminución de la prestación de cuidados, la disminución de la calidad de vida, el deterioro de la salud física y psicológica (Liu et al., 2020; SH et al., 1980).

**Trastorno de depresión mayor:** Siguiendo el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder en su quinta edición (DSM-5); para el diagnóstico, cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas

(p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.



**Trastorno bipolar I:** Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco.

Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente des- cansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.



6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

### **Trastorno bipolar II**

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

Episodio hipomaniaco.

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes

(cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes)

**Trastorno límite de la personalidad/ Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable:** Siguiendo el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder en su quinta edición (DSM-5) se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.  
(Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de animo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas dispositivos graves.



**Esquizofrenia:** Siguiendo el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder en su quinta edición (DSM-5); Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)

**Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit:** Es una prueba que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Consiste en 22 ítems con 5 puntos en la escala de Likert marcando desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre), cubren los problemas en las áreas más frecuentemente mencionadas por los cuidadores incluyendo: salud del cuidador, bienestar psicológico, finanzas, vida social y relación entre el cuidador y la persona cuidada. Varios estudios han demostrado una consistencia interna, que varía entre 0.89 y 0.91 con el alfa de Cronbach y clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga (<46 puntos), sobrecarga ligera (47 a 55 puntos) o sobrecarga intensa (>56 puntos). Es capaz de discernir sufrimiento psíquico con sensibilidad de 93% y especificidad del 80% (Valor-Segura et al., 2011; Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, 1980) **(Anexo 1).**



**Escala de impresión clínica global (CGI):** Consta de dos sub-escalas que evalúan: 1) la gravedad de la enfermedad del paciente (CGI-SI), y 2) la mejora del cuadro clínico comparado con el estado inicial (CGI-GI). En ambos casos la puntuación proviene de un único ítem que se califica en una escala tipo Likert de 8 puntos (que va desde 0 a 7). (Busner & Targum, 2007) **(Anexo 2)**.

## JUSTIFICACIÓN

Es esperado que el grado de sobrecarga del cuidador principal de un paciente que ingrese a internamiento en un hospital sea elevado, pero hasta ahora desconocemos como cambia durante el internamiento en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

El propósito de este estudio es determinar el grado de sobrecarga del cuidador principal que ingrese a internamiento, si el grado de sobrecarga es diferente entre los cuidadores de los pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor, trastorno bipolar 1 y 2, trastorno límite de la personalidad y esquizofrenia, y si el grado de sobrecarga se modifica durante la hospitalización de los pacientes que presentan un episodio de exacerbación aguda de los trastornos psiquiátricos mencionados.

Dado que la sobrecarga del cuidador puede afectar negativamente la salud mental del cuidador y el curso de la enfermedad del paciente, es importante conocer su gravedad durante la hospitalización que es requerida en momentos de exacerbación de la enfermedad, en el momento de la admisión trabajar en su reducción mientras el paciente está alejado del cuidador y al final de conocer el entorno al que volverá el paciente una vez finalizada la hospitalización.

## HIPÓTESIS

### **Hipótesis de trabajo**

Existe sobrecarga del cuidador principal en los familiares de aquellos pacientes internados en el área de Psiquiatría y ésta tiende a disminuir mientras el paciente está hospitalizado.

### **Hipótesis nula**

No existe sobrecarga del cuidador principal de aquellos pacientes internados en el área de Psiquiatría, o esta tiende a permanecer igual o a aumentar mientras el paciente esta hospitalizado.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

- Medir la sobrecarga del cuidador principal de pacientes que se encuentran internados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

### Objetivos específicos

- Determinar el grado de sobrecarga del cuidador principal por patología al ingreso del internamiento.
- Determinar el grado de sobrecarga del cuidador principal por patología al egreso del paciente.
- Comparar el grado de sobrecarga en el cuidador al ingreso del paciente y al egreso del paciente.
- Comparar el grado de sobrecarga en el cuidador entre patologías incluidas.
- Determinar el perfil psicosocial de los cuidadores principales de las diferentes áreas de internamiento (Agudos, Agudos-Comunidad, Comunidad).
- Correlacionar grado de sobrecarga con diferentes variables del perfil psicosocial del paciente (número de internamiento, días de internamiento, área de Internamiento, número de medicaciones).
- Comparar perfiles psicosociales de las diferentes áreas de internamiento (Agudos, Agudos-Comunidad, Comunidad).



## MATERIAL Y MÉTODOS

### Metodología

Tipo de Estudio: Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo y comparativo.

Diseño del Estudio: Cuantitativo.

### Población de estudio

Cuidador principal de pacientes con alguno de los 5 diagnósticos más frecuentes, que se encuentran internados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", durante el periodo de diciembre 2018 a noviembre 2019.

### Fórmula de tamaño de muestra.

Considerando una población finita de 288 pacientes (basados en la base de datos de internamiento de un año previo), a un nivel de confianza del 95%, una probabilidad máxima estimada 50% y un error máximo aceptado del 10%; se determinó mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 72 pacientes, agregando un 10% extra para compensar merma nos da un tamaño final de 80 pacientes, siendo estratificados de la siguiente manera: Trastorno depresivo mayor 40 pacientes, trastorno límite de la personalidad 20 pacientes, trastorno bipolar I 14 pacientes, trastorno bipolar II 3 pacientes y esquizofrenia 3 pacientes.

$$n = NZ^2pq/d^2(N - 1) + Z^2pq$$

### Criterios de Inclusión

1. Hombre o mujer mayor o igual a 18 años identificado como el cuidador principal del paciente.

### Criterios de Exclusión

1. Individuos que no sean los cuidadores principales.
2. Individuos con alguna discapacidad intelectual que le impidan el entendimiento de las consignas para la aplicación de la escala.
3. Individuos que se nieguen a participar.

### Criterios de Eliminación

1. Individuos que no logren completar las actividades completas.

### Factores de estudio e instrumentos de medición

Para determinar el perfil psicosocial de los cuidadores principales se uso un cuestionario que incluyo los siguientes datos: edad, religión, empleo, situación laboral, ingreso mensual, número de habitantes en casa, fuente principal de ingreso y parentesco con respecto al paciente.

Para el perfil del paciente se recabaron los siguientes datos: edad, género, estado civil, último grado escolar cursado, religión, proveedor del sustento económico, antecedentes personales como abuso de alcohol, abuso de sustancias, automutilaciones, abuso sexual, abuso físico, abuso psicológico, y número de internamientos previos, y por ultimo datos del internamiento actual, fechas de ingreso y egreso, duración de internamiento, motivo de ingreso, sala

a la que ingresa, tipo de población (agudos, agudos-comunidad, comunidad), medicamentos previos al ingreso, medicamentos al egreso, diagnósticos psiquiátricos al ingreso, diagnósticos de egreso y número de sesiones de terapia de familia.

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit se utilizó para medir la carga del cuidador principal. Las entrevistas se administraron al ingreso y al egreso del paciente.

La Escala de impresión clínica global (CGI) para medir la severidad de la enfermedad y la mejoría clínica del paciente

### Procedimiento de evaluación

Entre noviembre de 2018 y octubre de 2019, se invitó a los cuidadores de pacientes hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", a participar de este estudio, se les explicó en qué consistía el estudio con lenguaje coloquial, evitando el uso de términos técnicos y se solicitó su consentimiento verbal con lenguaje claro, se aclaró que no habría repercusiones. y el tratamiento no cambiaría si el cuidador decidiera no participar en el estudio.

El cuidador incluido tenía que ser identificado como el cuidador principal del paciente antes de la admisión; esta es la persona que lo asiste en sus necesidades diarias y apoya su medicación u otros tratamientos.

El paciente debía tener un diagnóstico previo o presuntivo de TDM, trastorno bipolar, TLP o esquizofrenia, al momento del ingreso y mantenerlo al alta de la

hospitalización. Estos fueron diagnosticados utilizando los criterios de diagnóstico del DSM-5.

Se utilizó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para medir el grado de sobrecarga del cuidador principal, se aplicó al ingreso y al egreso del paciente por el tesista a cargo del estudio, y se usó la Escala de impresión clínica global (CGI) para medir la severidad de la enfermedad y la mejoría clínica del paciente, esta fue contestada por el médico a cargo durante el internamiento del paciente.

### Análisis de datos

Los resultados obtenidos se recabarán en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtendrán de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Los valores de estudio serán contrastados según la presencia o ausencia de sobre carga del cuidador, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y proporciones (Z), según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizará mediante los test de Chi<sup>2</sup> y Pearson o Sperman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.



### Consideraciones éticas

La investigación fue de forma confidencial y anónima, solo se utilizaron los datos que se proporcionaron en la evaluación, informando de manera adecuada y completa a los pacientes acerca del tópico, del objetivo del estudio y de la función de este. Se informó a los pacientes que en caso de que se requiera del uso de datos estadísticos obtenidos para efectos de publicación en investigación, el manejo de la información continuará siendo estrictamente anónimo. Así mismo, mediante un consentimiento verbal, basado en los lineamientos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y previamente aprobado por el Comité de Ética de esta institución, se hizo saber a cada participante del propósito de la investigación y del proceso y uso que se dará a la información recabada. El presente estudio se llevó a cabo tras la aprobación por el Comité de Ética del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" el 19 de diciembre de 2018.

## RESULTADOS

La población que cumplió las características necesarias y que completaron las actividades para participar en el estudio fueron 96 cuidadores de 96 pacientes, los cuales incluyeron 124 diagnósticos debido a la comorbilidad de 2 diagnósticos de inclusión en un mismo paciente. De los 96 cuidadores que corresponden a la muestra total, 80.2% eran del género femenino (N= 77) y 19.8% del género masculino (N= 19) (**TABLA 1**). Los rangos de edad de los cuidadores fueron 23 a 81 años, una media de 48.19 años con una desviación estandar de  $\pm 9.704$  (**TABLA 2**). Se encontró que los padres fueron los más involucrados en el cuidado de los pacientes en un 79.2% (N= 76) de los cuales el 70.8% (N= 68) fueron la madre de los pacientes, cónyuges 12.5% (N= 12) y otros cuidadores 8.3% (N= 8) (**TABLA 3**). En cuanto a la ocupación de los cuidadores el 32% reportó ser ama de casa (N= 31), 17% profesionista (N= 16), 13% comerciante (N= 12), 7% pensionado (N= 7) y 7% desempleado (N= 7) (**TABLA 4**). La mayor parte de los cuidadores reportó tener alguna religión de las cuáles la más frecuente fue católica en un 65.6% (N= 63) (**TABLA 5**).

Los diagnósticos mas frecuente fueron los trastornos depresivos (44%), seguido por el trastorno de la personalidad límite (29%), trastornos afectivos bipolar (20%) y por último esquizofrenia (7%). Se sobrepaso el número de cuidadores mínimos para cada patología que se calcularon por la prevalencia de los diagnósticos a estudiar que fueron ingresados a internamiento a un año. La frecuencia minima para cuidadores de pacientes los diagnósticos se distribuyo de la siguiente manera: 40 cuidadores de pacientes con depresión, 20 cuidadores de pacientes con trastorno de la personalidad límite, 17

cuidadores de pacientes con trastorno bipolar y 3 cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Todos superados por los cuidadores estudiados, como se muestra en la **Tabla 6**.

96 pacientes fueron ingresados en alguna de las 2 salas de internamiento de Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", 68 ingresaron a la sala de agudos y 28 a la sala de comunidad terapéutica (**TABLA 7**). De los 68 pacientes que ingresaron a la sala de agudos 32 pacientes fueron trasladados a la sala de comunidad terapéutica durante su internamiento, los 28 pacientes que ingresaron a la comunidad terapéutica permanecieron en dicha sala hasta su egreso (**TABLA 8**).

La prevalencia de sobrecarga del cuidador al ingreso fue de 44%, 42 de los 96 cuidadores presentaron sobrecarga de acuerdo a la escala de Zarit (**TABLA 9**). Al momento del ingreso de los pacientes a internamiento, el 35.2% de los cuidadores de pacientes con depresión presentó sobrecarga del cuidador (22.2% sobrecarga leve y 13% sobrecarga intensa), el 50% de los cuidadores de pacientes con trastorno de la personalidad límite presentó sobrecarga del cuidador (36.1% sobrecarga leve y 13.9% sobrecarga intensa), el 56% de los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar presentó sobrecarga del cuidador (36% sobrecarga leve y 20% sobrecarga intensa), el 66.7% de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia presentó sobrecarga del cuidador (22.2% sobrecarga leve y 44.4% sobrecarga intensa). La prevalencia de sobrecarga del cuidador y la prevalencia de sobrecarga intensa fue mayor, en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia (66.7% y 44.4% respectivamente); la prevalencia de sobrecarga del cuidador fue menor en los cuidadores de pacientes con depresión (35.2%) (**TABLA 10 y 11**).



Solo 34 (35.4%) de los 96 cuidadores presentaron sobrecarga del cuidador de acuerdo a la escala de Zarit al finalizar el internamiento, al egreso el 29.6% de los cuidadores de pacientes con depresión presentó sobrecarga del cuidador (14.8% sobrecarga leve y 14.8% sobrecarga intensa), el 38.9% de los cuidadores de pacientes con trastorno de la personalidad límite presentó sobrecarga del cuidador (19.4% sobrecarga leve y 19.4% sobrecarga intensa), el 52% de los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar presentó sobrecarga del cuidador (28% sobrecarga leve y 24% sobrecarga intensa), el 44.4% de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia presentó sobrecarga del cuidador (33.3% sobrecarga leve y 11.1% sobrecarga intensa). La prevalencia de sobrecarga del cuidador y la prevalencia de sobrecarga intensa fue mayor en los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar (52% y 24% respectivamente); la prevalencia de sobrecarga del cuidador fue menor en los cuidadores de pacientes con depresión (29.6%) (**TABLA 11**).

La media de los puntajes de la escala de Zarit en los cuidadores al ingreso fueron: 44 para depresión (sin sobrecarga), 45 para trastorno de la personalidad límite (sin sobrecarga), 49 para trastorno bipolar (sobrecarga leve) y 53 para esquizofrenia (sobrecarga leve). La media de los puntajes de la escala de Zarit en los cuidadores al egreso fueron: 42 para depresión (sin sobrecarga), 46 para trastorno de la personalidad límite (sin sobrecarga), 50 para trastorno bipolar (sobrecarga leve) y 43 para esquizofrenia (sin sobrecarga). El grado de sobrecarga comparado entre el conjunto de los cuidadores de los pacientes con los diagnósticos incluidos no presentó diferencias estadísticamente significativas al ingreso ni al egreso del internamiento (**TABLA 12**).



El puntaje de la aplicación de la escala de Zarit al inicio del internamiento tuvo una media para la población total de 45.96 con una desviación estándar de  $\pm 11.849$  dentro de los rangos 27-85 puntos, puntuando sin sobrecarga. En la aplicación de la escala de Zarit al egreso hubo una media para la población total de 43.79 con una desviación estándar de  $\pm 13.080$  dentro de los rangos 25-88 puntos, cayendo nuevamente en la categoría sin sobrecarga según los puntos de corte de la misma. El grado de sobrecarga del cuidador principal de la población total estudiada disminuyó de manera estadísticamente significativa al finalizar el internamiento del paciente ( $p= 0.020$ ) (**TABLA 13**).

El puntaje medio obtenido en la escala de Zarit comparado al ingreso con el egreso del internamiento mostró una disminución estadísticamente significativa entre los cuidadores de pacientes con depresión ( $p= 0.047$ ) y esquizofrenia ( $p= 0.005$ ), mientras que el puntaje medio aumento sin significancia estadística al egreso entre los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar y trastorno de la personalidad límite (**TABLA 14**).

Se busco si una duración mayor o menor del internamiento podría correlacionarse con una diferencia en el grado de sobrecarga del cuidador. No existió una correlación entre los días de internamiento y el grado de sobrecarga por la escala de Zarit (**TABLA 15 y 16**).

No se encontro correlación entre la gravedad de la enfermedad del paciente en CGI-SI, y el grado de sobrecarga del cuidador al ingreso del internamiento ( $r= 0.119$ ,  $p= 0.250$ ) (**TABLA 17**). No se encontro correlación entre la mejoría clínica del paciente en CGI-GI y el cambio en la puntuación de zarit en el cuidador al egreso ( $r= -0.010$ ,  $p= 0.926$ ) (**TABLA 18**).

**TABLA 1**

<b>GÉNERO DEL CUIDADOR</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
MASCULINO	19.8%	19
FEMENINO	80.2%	77
Total	100%	96

**TABLA 2**

<b>PERFIL DEL CUIDADOR</b>				
	Edad	Numero de habitantes en casa	Ingreso mensual	Zarit al ingreso
N	96	96	96	96
Media	48.19	4.06	14010.42	45.96
Mediana	48.00	4.00	8000.00	44.00
Moda	45	4	6000	39
Desv. Desviación	9.704	1.478	22560.368	11.849
Asimetría	0.222	0.330	4.971	0.882
Error estándar de asimetría	0.246	0.246	0.246	0.246
Curtosis	1.307	-0.143	27.378	1.039
Error estándar de curtosis	0.488	0.488	0.488	0.488
Mínimo	23	1	1000	27
Máximo	81	8	150000	85

**TABLA 3**

<b>PARENTESCO DEL CUIDADOR</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Padres	79.2%	76
Cónyuges	12.5%	12
Otros	8.3%	8
Total	100%	96

**TABLA 4**

<b>OCUPACIÓN DEL CUIDADOR</b>		
	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
Empleado	24%	23
Desempleado	7%	7
Ama de casa	32%	31
Profesionista	17%	16
Comerciante	13%	12
Pensionado	7%	7
Total	100%	96

**TABLA 5**

<b>RELIGIÓN DEL CUIDADOR</b>		
	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
CATOLICA	65.6%	63
CRISTIANA	13.5%	13
MORMONA	1%	1
TESTIGO DE JEHOVA	4.2%	4
NINGUNA	15.6%	15
Total	100%	96

**TABLA 6**

<b>DIAGNOSTICOS DE INCLUSIÓN</b>		
	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
DEPRESIÓN	44%	54
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE	29%	36
TRASTORNO BIPOLAR	20%	25
ESQUIZOFRENIA	7%	9
Total	100%	124



TABLA 7

SALA DE INGRESO		
	Porcentaje	Frecuencia
AGUDOS	70.8%	68
COMUNIDAD	29.2%	28
Total	100%	96

TABLA 8

TIPO DE POBLACIÓN		
	Porcentaje	Frecuencia
AGUDOS	37.5%	36
AGUDOS-COMUNIDAD	33.3%	32
COMUNIDAD	29.2%	28
Total	100%	96

TABLA 9

PREVALENCIA DE SOBRECARGA AL INGRESO		
	Porcentaje	Frecuencia
SIN SOBRECARGA	56%	54
CON SOBRECARGA	44%	42
Total	100	96

TABLA 10

PREVALENCIA DE SOBRECARGA ENTRE LAS PATOLOGÍAS						
		DEPRESIÓN	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE	TRASTORNO BIPOLAR	ESQUIZOFRENIA	p
INGRESO	SIN SOBRECARGA	64.8%	50.0%	44.0%	33.3%	>0.05
	CON SOBRECARGA	35.2%	50.0%	56.0%	66.7%	>0.05
EGRESO	SIN SOBRECARGA	70.4%	61.1%	48.0%	55.6%	>0.05
	CON SOBRECARGA	29.6%	38.9%	52.0%	44.4%	>0.05



TABLA 11

GRADO DE SOBRECARGA ENTRE LAS PATOLOGÍAS						
		DEPRESIÓN	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE	TRASTORNO BIPOLAR	ESQUIZOFRENIA	p
ZARIT AL INGRESO	NO HAY SOBRECARGA	64.8%	50.0%	44.0%	33.3%	>0.05
	SOBRECARGA LEVE	22.2%	36.1%	36.0%	22.2%	>0.05
	SOBRECARGA INTENSA	13.0%	13.9%	20.0%	44.4%	>0.05
ZARIT AL EGRESO	NO HAY SOBRECARGA	70.4%	61.1%	48.0%	55.6%	>0.05
	SOBRECARGA LEVE	14.8%	19.4%	28.0%	33.3%	>0.05
	SOBRECARGA INTENSA	14.8%	19.4%	24.0%	11.1%	>0.05

TABLA 12

COMPARACIÓN DE PUNTAJES MEDIOS ENTRE PATOLOGÍAS					
	DEPRESIÓN	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE	TRASTORNO BIPOLAR	ESQUIZOFRENIA	p
	Media	Media	Media	Media	
INGRESO	44	45	49	53	>0.05
EGRESO	42	46	50	43	>0.05

TABLA 13

CAMBIO EN PUNTAJE MEDIO DE INGRESO A EGRESO					
	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	p
ZARIT AL INGRESO	45.96	96	11.849	1.209	0.020
ZARIT AL EGRESO	43.79	96	13.080	1.335	

TABLA 14

CAMBIO EN PUNTAJES MEDIOS ENTRE PATOLOGÍAS					
DIAGNOSTICO		Media	N	Desv. Desviación	p
DEPRESIÓN	INGRESO	44.28	54	11.746	0.047
	EGRESO	41.98	54	13.101	
ESQUIZOFRENIA	INGRESO	52.56	9	11.436	0.005
	EGRESO	42.89	9	10.994	
TRASTORNO BIPOLAR	INGRESO	48.60	25	12.176	0.571
	EGRESO	49.72	25	13.903	
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE	INGRESO	45.25	36	10.851	0.828
	EGRESO	45.61	36	13.660	

TABLA 15

DURACIÓN MEDIA EN EL GRADO DE SOBRECARGA							
	ZARIT INGRESO ESTATUS			ZARIT EGRESO ESTATUS			p
	NO HAY SOBRECARGA	SOBRECARGA LEVE	SOBRECARGA INTENSA	NO HAY SOBRECARGA	SOBRECARGA LEVE	SOBRECARGA INTENSA	
	Media	Media	Media	Media	Media	Media	
DÍAS DE INTERNAMIENTO	36	35	38	36	36	35	>0.05

TABLA 16

CORRELACIÓN ENTRE LA SOBRECARGA Y LA DURACIÓN DEL INTERNAMIENTO		
		CORRELACIÓN
ZARIT AL INGRESO	r	-0.091
	p	0.379
	N	96
ZARIT AL EGRESO	r	0.073
	p	0.482
	N	96

TABLA 17

		Grado de Zairt al ingreso
CGI_SI	r	0.119
	p	0.250
	N	96

TABLA 18

		Cambio de Zarit al egreso
CGI_GI	r	-0.010
	p	0.926
	N	96

## DISCUSIÓN

En este estudio de cohorte prospectivo, reportamos los cambios en la prevalencia y severidad de la sobrecarga del cuidador entre los cuidadores de pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad, en un episodio agudo que requirió hospitalización. Las reducciones en la puntuación media de Zarit durante la hospitalización solo fueron estadísticamente significativas para los cuidadores de pacientes con esquizofrenia o depresión, pero no para los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad. En un estudio transversal de Olawale (2014) la puntuación media de Zarit fue 41,32, inferior a nuestra puntuación media de Zarit al ingreso 44,28, en su estudio incluyó a 100 cuidadores de 100 pacientes ambulatorios con depresión en Nigeria, en el estudio de Shamsaei (2015 ), la puntuación media de Zarit fue de 51,73 en 225 cuidadores de pacientes ambulatorios con esquizofrenia en Irán, una puntuación inferior a nuestra puntuación media de Zarit al ingreso 52,56. Erten (2013) describió una puntuación media de Zarit de 45,55 en 89 cuidadores de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar en remisión en Turquía; Regalado (2011) describió una puntuación media de Zarit de 39,7 en 42 cuidadores de pacientes ambulatorios con trastorno límite de la personalidad; ambas puntuaciones medias fueron inferiores a los resultados de las puntuaciones medias de Zarit en los cuidadores de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad al ingreso y al egreso. Por tanto, inferimos que la puntuación más alta al ingreso de la hospitalización se debe a la agudización de la enfermedad. La carga sería mayor que la de los cuidadores de pacientes ambulatorios y la hospitalización



reduciría la carga. En nuestro estudio a una puntuación media de 41,98 al egreso en los cuidadores de pacientes con depresión, puntuación cercana a la descrita por Olawale (2014) en los cuidadores de pacientes ambulatorios con depresión, la reducción fue mayor en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia con una puntuación media de 42,89 al egreso, puntuación inferior a la descrita por Shamsaei (2015) en los cuidadores de pacientes ambulatorios con esquizofrenia.

Varias razones pueden explicar la disminución del grado de sobrecarga reportada por los cuidadores en esta cohorte. Estudios previos han informado que vivir con un paciente con un trastorno mental grave o discapacidad tenía la correlación más fuerte con el aumento de la carga experimentada por los cuidadores, acompañado de una interrupción proporcional de las actividades por el cuidado continuo del paciente, la supervisión de la toma de medicamentos y otras actividades, y mayor angustia (Carpentier et al., 1992; Gallagher & Mechanic, 1996; Laidlaw et al., 2002; Zhou et al., 2016). Es posible que cuando el paciente ingresa, la carga disminuye como resultado de la separación del cuidador principal, y la asunción por parte del hospital de la atención al paciente.

Otro elemento que puede explicar la mejora en la sobrecarga del cuidador en este estudio se relaciona con el grado de discapacidad y dependencia observado en pacientes con depresión y esquizofrenia. El deterioro funcional y la dependencia de cuidadores para las actividades cotidianas llevan a dedicar más tiempo y esfuerzo a cuidarlos, lo que aumenta la angustia y perturba las rutinas del cuidador (Laidlaw et al., 2002). El grado de dependencia y discapacidad es pronunciado en los trastornos mentales



graves, más aún en los pacientes con depresión y esquizofrenia. Los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad según la medición de los años vividos con discapacidad y están asociados con un deterioro grave del funcionamiento social, marital y ocupacional (Olawale et al., 2014; Üstün et al., 2004).

Un área de oportunidad interesante para la evaluación de la sobrecarga es la experiencia subjetiva del cuidador en comparación con la evaluación objetiva. A pesar de la mejora estadísticamente significativa en la sobrecarga del cuidador, medida a través de cambios en las puntuaciones medias de Zarit y una ausencia de carga informada en el 70,4% y el 55,6% de los pacientes con depresión y esquizofrenia, respectivamente, solo el 39% y el 33% admitieron percibir un cambio significativo en su bienestar general. Esto puede reflejar la necesidad de evaluar los cambios en dominios específicos incluidos en la Escala de Zarit, además de los cambios en la puntuación total. La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit consta de 22 preguntas que evalúan cinco dominios: carga en la relación, bienestar emocional, vida social y familiar, finanzas y control sobre la vida. Los estudios futuros con muestras más grandes también podrían evaluar las mejoras en dominios específicos para comprender mejor el cómo, y si la hospitalización puede mejorar la sobrecarga.

El presente estudio tiene varias limitaciones que afectan la interpretación de los resultados. Este estudio se limitó a un solo centro, lo que restringe la aplicabilidad de estos hallazgos a una población específica, y no sabemos si estos hallazgos son reproducibles en otras partes del mundo. Otra consideración es que un gran porcentaje de los cuidadores de nuestra muestra eran mujeres y familiares de primer grado de los pacientes, lo que hace que

nuestra muestra no sea tan homogénea como se esperaba. Tampoco evaluamos el posible cambio en la calidad de vida del paciente después del internamiento y si eso en reciprocidad impactaría en el cuidador. Los estudios futuros podrían abordar estos problemas e incluir una muestra más grande para aumentar el poder y la solidez de estos hallazgos.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de sobrecarga del cuidador entre los cuidadores de pacientes hospitalizados osciló entre el 35,2% en cuidadores de pacientes con depresión y el 66,7% en cuidadores de pacientes con esquizofrenia al ingreso, aunque también estudiamos trastorno límite de la personalidad (50%) y trastorno bipolar (56%). La sobrecarga del cuidador fue mayor en el grupo esquizofrenia, pero la diferencia no fue significativa en comparación con los otros trastornos. Se observaron reducciones significativas en el grado de sobrecarga durante la hospitalización solo en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y depresión; en esquizofrenia fue más pronunciada con mayor potencia estadística. La hospitalización podría mejorar la sobrecarga asumiendo diversas responsabilidades con el paciente, como el cuidado diario, la vigilancia, la contención de recaídas, facilitando un mejor tratamiento y vigilancia del paciente, dando a los cuidadores más tiempo para invertir en actividades sociales y personales, así como en el cuidado de su salud física y mental.

Según la Organización Mundial de la Salud se prevé que para el 2030, los trastornos depresivos se convertirán en la segunda causa de discapacidad (Mathers & Loncar, 2006; Olawale et al., 2014). Dado el deterioro funcional y social en estos pacientes, que conduce a la dependencia de cuidadores, puede ser razonable sugerir que el cuidado compartido del paciente disminuye la carga del cuidador.

Este estudio podría influir en nuestra práctica diaria en las unidades psiquiátricas para realizar evaluaciones de rutina a los cuidadores o familiares de los pacientes y brindarles la atención necesaria para crear mejores



habilidades de afrontamiento en los cuidadores. Si fuera necesario, esto podría lograrse mediante el uso de diferentes estrategias como la psicoeducación, la terapia familiar y la derivación a atención psiquiátrica o psicológica individual. Más estudios podrían dilucidar si la reducción de la carga puede marcar la diferencia en el impacto en el cuidador y el paciente hospitalizado, reduciendo el número de hospitalizaciones y, en cambio, buscando técnicas o terapias que les ayuden a controlar el estrés. Es necesario realizar estudios similares al nuestro para determinar si los hallazgos obtenidos son concordantes y generalizarlos para profundizar en el estudio de la sobrecarga del cuidador en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, G., Bebee, C. E., Chen, K. M., Vignes, R. M. Des, Dixon, B., Escoffery, R., Francis, C., Francis, D. A., Mendoza, Z., Montano, S., Nelson, M., Ramcharan, S., Richards, S., & Jackson, M. D. (2016). Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. *Quality of Life Research*, 25(2), 393–400. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1077-5>
- Ampalam, P., Gunturu, S., & Padma, V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian J Psychiatry*, 54(3), 239–243. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102423>
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry*, 29.
- Carpentier, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P., & Renaud, M. (1992). Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(1), 38–43. <https://doi.org/10.1176/ps.43.1.38>
- Erten, E., Alpman, N., Ozdemir, A., & Fistikci, N. (2013). The Impact of Course and Episode Features of Bipolar Disorder on Caregiver Burden. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1–9. <https://doi.org/10.5080/u7446>
- Flores-Terrones, M., Galindo-Vázquez, Ó., Jiménez-Genchi, J., Rivera-Fong, L., & González-Rodríguez, E. (2018). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con

diagnóstico de enfermedades mentales. *Psicología y Salud*, 29(1), 17–24. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2564>

Gallagher, S. K., & Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: Effects on the health and functioning of other household members. *Social Science and Medicine*, 42(12), 1691–1701. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00296-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00296-0)

Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2020). Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 29(10), 2745–2757. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02518-1>

Kretchy, I. A., Osafo, J., Agyemang, S. A., Appiah, B., & Nonvignon, J. (2018). Psychological burden and caregiver-reported non-adherence to psychotropic medications among patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 259(October 2017), 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.034>

Laidlaw, T. M., Coverdale, J. H., Falloon, I. R. H., & Kydd, R. R. (2002). Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38(4), 303–310. <https://doi.org/10.1023/A:1015949325141>

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2020.07.012>

Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M.,



- Malangone, C., Marasco, C., & Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(3), 109–115.  
<https://doi.org/10.1007/s001270050192>
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 2011–2030.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Montgomery, P., & Kirkpatrick, H. (2002). Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 16–24. <https://doi.org/10.1053/apnu.2002.30494>
- Olawale, K. O., Mosaku, K. S., Fatoye, 'Femi Olusegun, Mapayi, B. M., & Oginni, O. A. (2014). Caregiver burden in families of patients with depression attending Obafemi Awolowo University teaching hospitals complex Ile-Ife Nigeria. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 743–747.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.08.008>
- Prieto-Miranda, S. E., Arias-Ponce, N., Villanueva-Muñoz, E. Y., & Jiménez-Bernardino, C. A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de Mexico*, 31(6), 660–668.
- Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C., & Gagliesi, P. (2011). Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 1–11. <https://www.fundacionforo.com.ar/pdfs/invest02.pdf>

- Rose, L., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2002). A grounded theory of families responding to mental illness. *West J Nurs Res*, 24(5), 516–536.  
<https://doi.org/10.1177/019394590202400505>
- SH, Z., KE, R., & J, B.-P. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.  
<https://doi.org/10.1093/GERONT/20.6.649>
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(4), 239–245.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184(MAY), 386–392.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.386>
- Valor-Segura, I., Expósito, F., & Moya, M. (2011). Victim Blaming and Exoneration of the Perpetrator in Domestic Violence: The Role of Beliefs in a Just World and Ambivalent Sexism. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 195–206.  
[https://doi.org/10.5209/rev\\_sjop.2011.v14.n1.17](https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.17)
- Wu, M. S., Hamblin, R., Nadeau, J., Simmons, J., Smith, A., Wilson, M., Eken, S., Small, B., Phares, V., & Storch, E. A. (2018). Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 46–56.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.005>

Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649–655.  
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zhou, Y., Ning, Y., Rosenheck, R., Sun, B., Zhang, J., Ou, Y., & He, H.  
(2016). Effect of living with patients on caregiver burden of individual with schizophrenia in China. *Psychiatry Research*, 245(2016), 230–237.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.046>



## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit**

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Usted?	
3.- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8.- ¿Piensa que su familiar depende de usted?	
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de	



## **Anexo 2. Escala de impresión clínica global (CGI)**

### **Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)**

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

### **Mejoría global (CGI-GI)**

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor



## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

El Dr. Gerardo Humberto Díaz Avilés nació en Monterrey, Nuevo León, realizó sus estudios de Bachillerato técnico en Terapia Respiratoria en la Escuela y Preparatoria Técnica Médica, realizó su servicio social como técnico en terapia respiratoria en las salas de unidad de cuidados intensivos adultos, unidad de cuidados intensivos pediátricos y unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Es egresado de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, donde obtuvo una beca completa en programa de intercambio estudiantil IFMSA en Banha University Hospital, Egipto, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General. Fungió como Instructor en el departamento de Imagen Diagnóstica del hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", donde posteriormente realizó su servicio social, previo a su ingreso a la Especialidad en Psiquiatría en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

El Dr. Gerardo Humberto Díaz Avilés nació en Monterrey, Nuevo León, realizó sus estudios de Bachillerato técnico en Terapia Respiratoria en la Escuela y Preparatoria Técnica Médica, realizó su servicio social como técnico en terapia respiratoria en las salas de unidad de cuidados intensivos adultos, unidad de cuidados intensivos pediátricos y unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Es egresado de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, donde obtuvo una beca completa en programa de intercambio estudiantil IFMSA en Banha University Hospital, Egipto, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General. Fungió como Instructor en del departamento de Imagen Diagnóstica del hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", donde posteriormente realizó su servicio social, previo a su ingreso a la Especialidad en Psiquiatría en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".